

記入例

様式第1号（第5条関係）

① R6年 5月 15日

富士吉田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

富士吉田市長 様

富士吉田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、富士吉田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請し、及び請求します。

申請者	② 氏名	りがな ふじ たろう 氏名 富士 太郎	生年月日	S23年 2月 23日 (76歳)
	住所	〒403-8601 富士吉田市下吉田 6-1-1	電話	0555 (22) 1111
助成対象者	③ 氏名	りがな ふじ はなこ 氏名 富士 花子	生年月日	S23年 10月 10日 (76歳)
	住所	〒403-8601 富士吉田市下吉田 6-1-1	電話	0555 (22) 1111
※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。				
今回購入した補整具について、他自治体等から助成を受けている、又は受ける予定がありますか。		④	はい・ いいえ	「はい」の場合、本助成を受けることができません
市税等の滞納がありますか。			はい・ いいえ	※「はい」の場合、本助成を受けることができません
⑤	助成対象補整具の種類（申請する補整具に <input checked="" type="checkbox"/> ）		購入又はレンタル金額	購入又は支払い日
	<input checked="" type="checkbox"/>	ウィッグ（部分用ウィッグ、ヘアエクステンション及び頭皮保護用のネットを含む。）、帽子（毛付きのものを含む。）	⑥ 223,500円 （税込）	R6年 4月 30日
	<input checked="" type="checkbox"/>	乳房用の補整下着（下着とともに使用するパッド及び専用入浴着を含む。）	15,100円 （税込）	R6年 5月 2日
<input checked="" type="checkbox"/>	人工乳房・乳頭（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。）	左・右・両方 （いずれかに○）	101,000円 （税込）	R6年 5月 2日
補助申請額	⑦ 215,000円（購入若しくはレンタル金額又は助成上限額の合計） （※助成上限額 ウィッグ・帽子：10万円 補整下着：2万円 人工乳房：10万円）			
振込先	⑧ 融機関名	富士五胡銀行	本支店名	吉田支店
	預金種別	普通 当座	口座番号	2231010
	フリガナ	フジ ハナコ		
	口座名義	富士 花子		
添付書類 （必須）	⑨ ●がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等（がん治療を受けたこと又はがん治療を現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明できる書類に限る。）の写し			
	●補整具の購入代金又はレンタル料の支払に係る領収書（申請者の氏名、購入又はレンタルの年月日、品名、金額、台数の記載があるもの。）の写し			
	●申請者名義の振込先の口座の通帳等（カナ名義及び口座番号が確認できるもの。）の写し			
	●住民基本台帳、市税等の収納状況及び医療機関への治療内容等の照会等に関する同意書（様式第2号）			

市記入欄 申請受理日 年 月 日

① 申請日の日付を記載してください。

② 申請者（書類提出者）の氏名、生年月日、住所、連絡先をご記入ください。

③ 申請者が助成対象者本人でない場合は、助成対象者の氏名、生年月日、住所、連絡先をご記入ください。
※申請者が助成対象者本人の場合は記載不要

④ 質問に該当しない場合は「いいえ」に○をつけてください。
※他自治体からの助成を受けた、または受ける予定がある方、滞納がある方は助成対象外です。

⑤ 申請する対象補正具にチェックをつけてください。

⑥ ⑤でチェックをつけた対象補正具の購入またはレンタル金額、購入日を記載して下さい。
※請求書の記載事項と合うように記載をお願いします。
※申請は購入日から1年以内、レンタルの場合は支払から1年以内のものに限ります。
※送料等は対象外です。

⑦ 補助申請額は⑥の購入金額のうち、助成上限額範囲内の金額、かつ1,000円未満の端数を切り捨てた額の合計を記載して下さい。
例：ウィッグ 150,500円、補正下着 9,510円 → 10万9千（ウィッグ 10万+補正下着 9千）

⑧ 振込先は、助成対象者名義の口座を記載してください。
※口座番号等、お間違いのないよう確認をお願いします。

⑨ 必要な添付書類が揃っているか改めて確認したのち、富士吉田市役所健康長寿課まで提出をお願い致します。